



# HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN LA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL

HUMANIZATION OF NURSING CARE IN NATURAL CHILDBIRTH

---

REVISIÓN NARRATIVA – TRABAJO DE FIN DE GRADO

IRENE ALMUDENA ARIAS PATIÑO

TUTORA: CRISTINA GONZÁLEZ BLÁZQUEZ



HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN LA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL  
IRENE ALMUDENA ARIAS PATIÑO

Ilustración 1 (portada): Charo Quintana Pantaleón, Itziar Etxeandia Ikobaltzeta; Rosa Rico Iturrioz; Idoia Armendáriz Mántaras e Isabel Fernández del Castillo Sainz, del Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía dirigida a mujeres embarazadas, a los futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Versión OSTEBA N° 2009/01.

HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN LA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL  
IRENE ALMUDENA ARIAS PATIÑO

HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN LA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL  
IRENE ALMUDENA ARIAS PATIÑO

## **AGRADECIMIENTOS**

Como todos los que estamos implicados sabemos, la elaboración de un Trabajo de Fin de Grado supone un período largo de teclear, escribir, borrar, buscar, rebuscar... Escrito el final, me gustaría agradecer a las personas que, de un modo u otro, activa o pasivamente, han ayudado a que yo hoy esté escribiendo las últimas palabras de este documento.

En primer lugar, dar las gracias a mi familia, porque por ellos soy como soy y tengo claro quién quiero llegar a ser. A quienes me han apoyado en los momentos más críticos y han aportado lo que tenían en su mano para encaminar mi trabajo.

A mis compañeros y compañeras, amigos y amigas, quienes han soportado que les contase una y otra vez cómo llevaba el trabajo, la ilusión que le estaba poniendo y el estrés que me generaba, de vez en cuando. Gracias por estos cuatro años de universidad a vuestro lado. Gracias por la experiencia compartida; que nunca se nos olvide que una vez fuimos alumnos.

A los profesionales sanitarios, sobre todo de enfermería, en mis últimos rotatorios en el Hospital Maternal del Hospital Universitario de La Paz, por formarme. Por el mismo motivo, agradezco a todas las compañeras enfermeras y sanitarias que me han facilitado información y resuelto dudas acerca del trabajo.

Y por último, agradecer a todos los profesores a lo largo de estos años de carrera. Sobre todo a mi tutora Cristina, por respetar mi preferencia por el tema escogido, por dirigirme desde el primer contacto y resolver todas las dudas que me surgían con paciencia y una gran sonrisa. Gracias por motivarme en todo momento.

HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN LA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL  
IRENE ALMUDENA ARIAS PATIÑO

HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN LA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL  
IRENE ALMUDENA ARIAS PATIÑO

*Puede que olviden tu nombre,  
pero jamás olvidarán  
cómo les hiciste sentir.*

MAYA ANGELOU

HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN LA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL  
IRENE ALMUDENA ARIAS PATIÑO



## ÍNDICE

RESUMEN .....	1
ABSTRACT .....	2
INTRODUCCIÓN .....	3
JUSTIFICACIÓN .....	11
OBJETIVOS .....	12
METODOLOGÍA .....	13
RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	16
HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA .....	16
CONSULTAS PRENATALES .....	19
IMPACTO DE LA TECNOLOGÍA SANITARIA EN EL PARTO .....	21
EPISIOTOMÍA .....	22
ANALGESIA EPIDURAL .....	23
ACOMPañAMIENTO CONTINUO .....	24
POSICIÓN DE LITOTOMÍA .....	25
SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES .....	26
CONCLUSIONES .....	29
LIMITACIONES .....	30
BIBLIOGRAFÍA .....	31
ANEXO I .....	37

HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN LA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL  
IRENE ALMUDENA ARIAS PATIÑO

## RESUMEN

El parto es un proceso fisiológico y como tal, debe ser tratado de la forma más natural posible. La atención de enfermería debe estar enfocada en las necesidades de la mujer, evitando intervenciones innecesarias, y fomentando su participación y autonomía. El objetivo del trabajo es identificar la humanización de los cuidados de enfermería en la atención al parto. Se realizó una revisión narrativa mediante una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, CINAHL, CUIDEN y Dialnet. También se utilizó la revista “Matronas Profesión”. Se seleccionaron artículos publicados en los últimos 10 años, escritos en español, inglés y portugués, estableciendo criterios de inclusión y de exclusión para optimizar la búsqueda. Finalmente se obtuvieron 22 artículos. Se establecieron ocho temas a tratar: 1) Humanización de los cuidados de enfermería, 2) Consultas prenatales, 3) Impacto de la tecnología sanitaria, 4) Episiotomía, 5) Analgesia epidural, 6) Posición de litotomía, 7) Acompañamiento continuo y 8) Satisfacción de las mujeres respecto a la atención en el parto. La humanización de los cuidados es actualmente un reto para la sanidad. Las mujeres de nuestra sociedad demandan más humanización en los cuidados durante el parto y el nacimiento, y es nuestra obligación ofrecérsela.

**PALABRAS CLAVE:** humanización de los cuidados, cuidados de enfermería, parto normal.

## **ABSTRACT**

Childbirth is a natural process and as such, it should be treated the most natural way possible. Nursing assistance should be focused on the needs of each woman, no routine interventions, and encouraging their participation and autonomy. This study aimed to identify the humanization of nursing care in natural childbirth. In this narrative review, the research was carried out through consultation of papers, published in PubMed, CINAHL, CUIDEN and Dialnet databases and the “Matronas Profesión” magazine. Documents were limited to the last 10 years in Spanish, English and Portuguese. Inclusion and exclusion criteria were established for better results in the research. 22 articles were chosen, classified in the following categories: 1) Humanization of assistance, 2) Prenatal visits, 3) The impact of healthcare technology, 4) Episiotomy, 5) Epidural analgesia, 6) Continuous support, 7) Lithotomy position, y 8) Women’s experience of childbirth. In the present time, the humanization of assistance is a challenge for health services. Women in our society demand more humanization in the assistance during labour and birth, and healthcare professionals must meet their demands.

**KEYWORDS:** humanization of care, nursing care, normal birth.

## INTRODUCCIÓN

El parto normal, según la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), se define como el “proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales”. También añade que “su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo”.<sup>1</sup>

Podría decirse que en el parto normal o natural la figura principal es la madre, ya que el profesional sanitario apenas interviene en este tipo de nacimiento, siempre y cuando este sea posible sin riesgo ni complicaciones. Esta idea de que la madre es la principal protagonista durante el proceso de parto ha sido modificada a lo largo de la historia, así como la figura que acompaña a la mujer durante el alumbramiento.

### EL PARTO A LO LARGO DE LA HISTORIA

La figura de la partera, cuyo origen proviene del latín "obstare" y que significa "mujer que acompaña a la parturienta", existe desde comienzos de la historia, desde la cultura romana, griega, egipcia y hebrea. Las mujeres de entonces, al no tener conocimientos aún sobre medicina y mucho menos sobre la gestación o el parto, han vivido y han aprendido gracias a su instinto y su experiencia. Sora Efeso, conocido como el "padre de la obstetricia", escribió "Arte Obstétrico" en el siglo I d.C. en el cuál recogía los conocimientos que debían adquirir tanto las comadronas como los médicos que asistían los partos<sup>2</sup>. Las fuentes más antiguas que tenemos acerca del parto, muestran las posturas que utilizaban las madres durante el periodo expulsivo, en las que destacaban las posturas verticales o semi-verticales. Las posturas horizontales eran poco utilizadas, con excepción de la cultura romana<sup>3</sup>.

A lo largo de los años, las mujeres han sido las únicas responsables de los partos. A partir del siglo XX, con el desarrollo de la tecnología, el parto pasó de ser un proceso natural vivido en el entorno de la mujer a ser un procedimiento médico más en que los profesionales sanitarios son los que deciden cómo ha de progresar. Comenzaron a realizarse prácticas protocolizadas, sin tener en cuenta las necesidades individuales de las mujeres ni la evidencia científica de su uso rutinario. Esto condicionó a la mujer a la

sumisión del proceso, perdiendo su autonomía, su privacidad y su protagonismo, asumiendo un papel pasivo.

El profesional es quien toma las decisiones sobre el proceso, perdiendo la mujer el control sobre su propio cuerpo. El desarrollo de la ciencia médica y la tecnología ha tenido un impacto importante sobre la práctica sanitaria de atención al parto, el cual ha pasado de ser realizado en los domicilios a ser realizado en las distintas instituciones. También ha pasado de ser un proceso fisiológico natural a estar sobremedicalizado y a ser intervenido frecuentemente sin justificación incluso sin haber riesgos ni complicaciones que requieran la intervención de un profesional médico<sup>2-5</sup>. El deseo excesivo de que el futuro bebé nazca sano y sin complicaciones ha repercutido de forma negativa en su asistencia, perdiéndose la parte humana de la atención al parto, alejando a la mujer del parto normal.

#### CAMBIO DE PARADIGMA: VUELTA AL PARTO NORMAL Y HUMANIZADO

En 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se reunió en Fortaleza para alertar sobre el alto grado de intervención y medicalización en la atención al parto. Establecieron una serie de recomendaciones sobre el uso de la tecnología apropiada empleada en los partos<sup>6</sup>. Entre ellas, se destaca que la mujer debe tener opción de elegir el tipo de parto que desea tener y la postura a adoptar durante el período expulsivo, siempre que no surjan complicaciones que lo impidan. Argumentan que es necesario un cambio en los servicios sanitarios y en los profesionales para que las cifras de partos normales aumenten en proporción a la tasa de cesáreas, promoviendo así unos cuidados más respetuosos con la mujer.

En 1996, la OMS elabora una Guía Práctica de Cuidados en el Parto Normal<sup>7</sup>. Fue la primera vez que profesionales expertos en partos de diferentes países de la OMS se reunían y aclaraban las prácticas más utilizadas en la atención al parto normal y su evidencia.

Este documento reconoce a la matrona el profesional más adecuado para el cuidado del parto normal de bajo riesgo. Se define como “la profesional más apropiada y económica, para ser asignada al cuidado de un embarazo y de un parto normal, incluyendo entre sus funciones el establecimiento de los distintos riesgos y el reconocimiento de complicaciones”<sup>7</sup>.

Esta guía aporta otra definición con más detalle sobre el parto normal: *“el parto de comienzo espontáneo, que presenta un bajo riesgo al comienzo y que se mantiene como tal hasta el alumbramiento. El niño o niña nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre y su bebé se encuentran en buenas condiciones”*.

Tras la alerta de la OMS, el Departamento de Salud del Reino Unido en 1993 publica “Changing Childbirth”<sup>8</sup>, un informe que recoge más recomendaciones para poder desarrollar un modelo de humanización en la atención al parto. Defiende que los cuidados prestados deben ser excelentes y la utilización de los recursos eficiente. Como novedades, incluye el acceso libre a los servicios de maternidad a todas las mujeres y una amplia prestación de sus servicios que responda a sus necesidades.

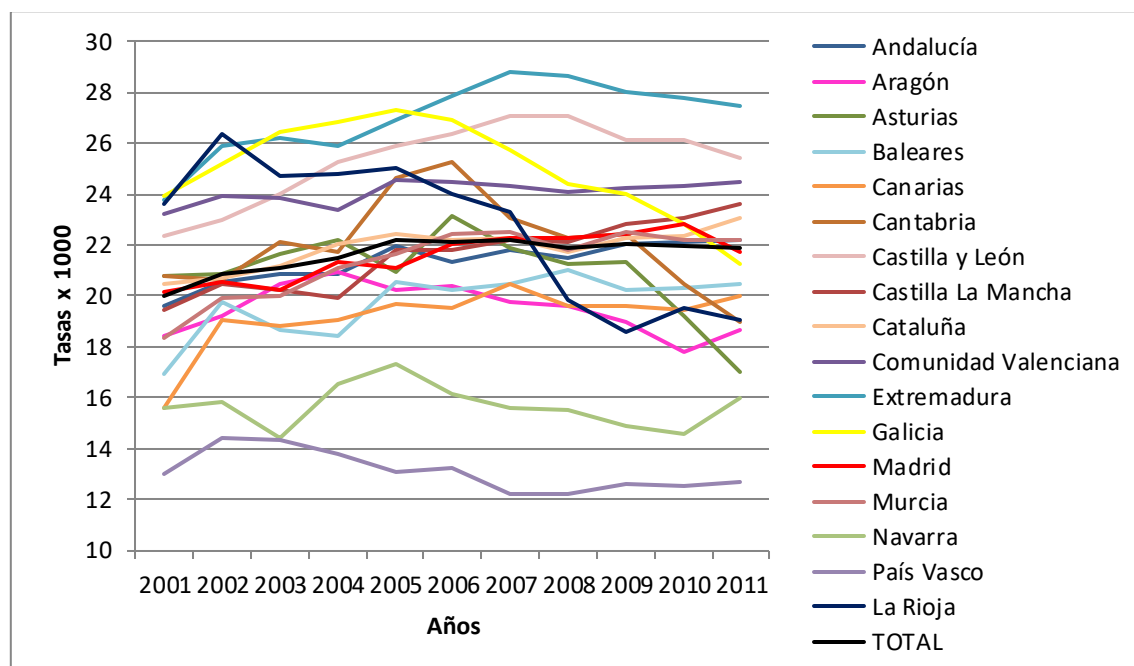
Tras la elaboración de este informe y junto con las recomendaciones de la OMS<sup>6</sup>, se inicia un cambio de mentalidad respecto a la atención prestada en el parto, exigiendo el empoderamiento de la mujer durante todo el período de gestación y en el momento del parto. Esta filosofía defiende que los profesionales sanitarios deben atender las necesidades individuales de las mujeres gestantes basando sus prácticas en la evidencia científica, además de respetar y apoyar sus preferencias, rescatando así su papel activo durante el parto.

### PARTO INTERVENIDO VS. PARTO NORMAL

Según los datos recogidos en 2013 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la evolución de la tasa de cesáreas en España<sup>9</sup> desde 2001 hasta 2011 ha sido ascendente con casi un 10% de diferencia. En 2001, el 19,9% de todos los partos atendidos en España en hospitales pertenecientes al Sistema Nacional de Salud (SNS) fueron partos por cesárea; y en 2011 la cifra ascendió a 21,8% (ver Gráfico 1. EVOLUCIÓN DE LA TASA DE CESÁREAS\* EN HOSPITALES DEL SNS AÑOS 2001 – 2011). Extremadura, con un 27,5% de cesáreas, encabeza la lista de partos realizados por cesárea sobre el total de partos atendidos en hospitales públicos del SNS. Le sigue Castilla y León y la Comunidad Valenciana, con un 25,5% y 24,5% respectivamente. La Comunidad de Madrid se encuentra en noveno puesto con un 21,7%. Datos más recientes aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE)<sup>10</sup>, indican que el número de partos por cesárea supone el 26,6% del número total de nacimientos en España en el año 2016 (410.583 nacimiento en total; 301.404 por vía vaginal y 109.179

mediante cesárea). Aunque la cifra de partos normales es superior a los partos por cesáreas, la tasa de cesáreas es cada vez más elevada.

Gráfico 1. EVOLUCIÓN DE LA TASA DE CESÁREAS\* EN HOSPITALES DEL SNS AÑOS 2001 – 2011



(\*) Cálculo del indicador: porcentaje que supone el número de procedimientos realizados de parto por cesárea sobre el total de partos atendidos en la red de hospitales del SNS (incluye hospitales públicos, red de utilización pública y hospitales con concierto sustitutorio)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística<sup>9</sup>

A pesar de que los profesionales de la salud recomiendan desde hace más de 30 años una tasa de cesáreas igual o inferior al 10-15% de los partos totales<sup>6</sup>, en los últimos años se ha visto un incremento de este tipo de intervención. Desde 1985 la OMS denuncia el elevado número de cesáreas practicadas, añadiendo que no hay justificación para que ningún país supere este porcentaje recomendado<sup>6</sup>. Según la definición de “parto normal” aportada por la OMS, la mayoría de los partos podrían considerarse normales siempre que no presente riesgo y la posición del feto sea cefálica, y por tanto no habría justificación para realizar una cesárea. No hay evidencia científica sobre los beneficios de la cesárea frente al parto normal, ya que solo está indicada para casos concretos en los que la vía vaginal no sea posible por motivos médicos<sup>11</sup>.

El tiempo de hospitalización durante el período de puerperio también depende del tipo de parto. La estancia media tras una cesárea es mayor que tras un parto por vía vaginal, con 4,3 y 2,5 días respectivamente, lo que provoca una mayor ocupación de camas<sup>7</sup>.



Esto influye en el gasto económico que supone para el hospital. Según el proceso de estimación de costes hospitalarios en el SNS<sup>12</sup> del año 2014, se calcula que una cesárea sin complicaciones tiene un coste medio de 3.739,06€ mientras que un parto vaginal sin complicaciones costaría 2.046,09€. Si la tasa de cesáreas se redujese al 10% como recomienda la OMS, el coste económico de los hospitales se vería reducido notablemente.

### PARTO NORMAL EN ESPAÑA

A pesar de estos datos, cabe destacar que en el año 2008, con la implantación de la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) en el SNS<sup>13</sup> se ve un ligero descenso de las cifras (ver Gráfico 1. EVOLUCIÓN DE LA TASA DE CESÁREAS\* EN HOSPITALES DEL SNS AÑOS 2001 – 2011. Este documento surgió como respuesta a una demanda social y profesional por la alta medicalización que se utiliza durante el proceso del parto durante los últimos años. Las mujeres reivindican un papel activo en la participación y toma de decisiones acerca del proceso de la atención al parto. Por su parte, los profesionales sanitarios relacionados con estos procesos han creado protocolos y guías de atención al parto. El fin de este documento es garantizar una atención de calidad en el parto normal en España para que las mujeres y sus familiares se aseguren una participación activa y una sensación de control de la situación así como recibir información durante el proceso.

Para que pueda llevarse a cabo el objetivo planteado, el concepto de “parto y/o nacimiento” debe entenderse como un proceso fisiológico y como tal, debe de ser tratado lo más natural posible, siempre y cuando no surjan complicaciones durante el mismo. De la misma manera, los profesionales que asistan el proceso deben crear un ambiente de confianza y seguridad respetando siempre la privacidad y confidencialidad de la mujer, teniendo en cuenta que es un momento único en la vida de la mujer y la familia.

Otro de los objetivos que se plantea es reducir el número de prácticas rutinarias injustificadas como es la falta de información sobre el proceso de parto, la realización de episiotomía, administración de analgesia epidural sin dar opción a otras formas de alivio de dolor, el no acompañamiento de la familia durante el intraparto, la posición supina sin preguntar si es la que prefieren, el uso de instrumentalización durante el parto, el rasurado del periné, aplicación de enema, el pinzamiento precoz del cordón

umbilical, el uso de fármacos uterotónicos para inducir y acelerar el parto, y la separación madre – recién nacido.

Dentro de esta estrategia mencionada anteriormente, se incluye un documento de consenso denominado “Iniciativa al parto”<sup>14</sup> llevado a cabo por la FAME. Este libro apoya el papel protagonista de la mujer durante el parto así como el aumento de la calidad sanitaria prestada. Recoge cuestiones como la necesidad de reducir la tasa de cesáreas y el número de intervenciones médicas innecesarias así como aplicar diferentes métodos de alivio del dolor, las distintas posturas que se pueden adoptar durante la expulsión, etc. El documento está dirigido a las matronas con el fin de mejorar sus competencias para asistir partos normales.

La elaboración de la EAPN<sup>13</sup> ha producido un cambio paradigmático en lo que concierne la idea de parto, pretendiendo adoptar una atención integral e integrada, basada en la evidencia científica, respetando los derechos de la mujer. En 2011, se realiza la primera evaluación del documento para conocer la situación<sup>15</sup> y se concluyó que aún había un número elevado de intervenciones innecesarias y que se tenía que seguir mejorando.

A partir de este documento, se han elaborado Guías de Práctica Clínica (GPC) y otros documentos para fomentar el parto normal. Destacar la “GPC sobre Atención al Parto Normal”<sup>16</sup>, la “Guía del parto normal dirigida a mujeres embarazadas, a futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares”<sup>17</sup> y el “Plan de Parto y Nacimiento”<sup>18</sup> elaborado por el Ministerio de Sanidad en 2011, basado en la EAPN<sup>13</sup> y la GPC<sup>16</sup>. Este plan, basado en el principio ético de autonomía, recoge las diferentes prácticas que pueden aplicarse durante el proceso del parto y permite expresar las preferencias y valores personales de las mujeres con ayuda de la matrona del centro de salud.

### RE-HUMANIZAR LOS CUIDADOS

En los últimos años se ha visto una mayor preocupación por el ser humano y cuestiones éticas y personales, lo que se refleja en la búsqueda de re-humanizar los cuidados.

En uno de sus artículos dirigidos a la atención humanizada en el nacimiento, Wagner<sup>19</sup> es el primer autor en definir el parto humanizado como “el proceso en el que la mujer tiene el control del proceso y toma las decisiones en lugar del personal sanitario”. Defiende que para poder humanizar el parto primero hay que tener una visión humanista y ver a la mujer como a un ser humano y no como una máquina de hacer bebés.

El cuidado de enfermería lleva (o debería llevar) implícito el adjetivo “humanizado” ya que según Trevizan<sup>20</sup>, el profesional de enfermería es quien tiene la responsabilidad de ofrecer a las personas un cuidado individualizado teniendo en cuenta la visión humana de la persona. El Código Deontológico de Enfermería<sup>21</sup> impone que el cuidado de enfermería se asocia con “el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto”. Los cuidados de enfermería no consisten únicamente en realizar técnicas o administrar tratamientos, sino que implica poseer valores humanistas, considerar a la persona en sus tres esferas (biológica, psicológica y social) y, por tanto, atender sus necesidades humanas e individuales. La enfermera tiene en su mano la decisión de aplicar unos cuidados humanizados o no<sup>22</sup>.

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) fueron las primeras en trabajar con el concepto de la humanización de los cuidados y elaborar planes de humanización de la asistencia<sup>23</sup>.

Respecto al parto, destacar el Proyecto de Humanización de Atención Perinatal de Andalucía<sup>24</sup>, desarrollado entre los años 2006 – 2011 con colaboración de la Consejería de Salud y el Ministerio de Sanidad para el desarrollo de la EAPN<sup>13</sup> y de Salud Sexual y Reproductiva en el Sistema Nacional de Salud. Su objetivo principal es establecer un modelo de atención al proceso de nacer más humanizado en el que la tecnología no sustituya la participación de la gestante ni la de su acompañante.

En la Comunidad de Madrid destaca el Hospital Universitario de Torrejón como pionero del parto humanizado desde su apertura en 2011. Ofrece un programa de Parto Respetado<sup>25</sup> que consiste en respetar el proceso fisiológico del parto, dar a la mujer y su pareja el papel protagonista, apoyar en la toma de decisiones y ofrecer numerosos recursos de apoyo al proceso, tanto farmacológicos como no farmacológicos. En relación a los cuidados post-parto, también ofrece el Programa Piel con Piel y se encuentra en la última fase para adquirir el certificado de la Iniciativa por la Humanización de la Atención en el Parto y la Lactancia Materna (IHAN)<sup>26</sup>.

El Hospital de Torrejón dispone de un plan de parto<sup>25</sup> más específico ya que cuenta con grandes salas de dilatación y parto equipadas de aparatos de música, ventiladores, colchonetas y pelotas de Bobath entre otros recursos, para que la mujer goce de comodidad durante las diferentes fases del parto. Para la elaboración de este plan de parto se han tenido en cuenta organizaciones como la OMS y el Ministerio de Sanidad.

El hospital de Torrejón fue el primer hospital de la red pública de la Comunidad de Madrid en ofrecer el parto en el agua<sup>25</sup>, bien solo durante el periodo de dilatación o bien durante todo el proceso, siempre y cuando no haya contraindicaciones o complicaciones. Desde su apertura el hospital cuenta con una media de tasas de cesárea del 17%, acercándose mucho a las recomendaciones de la OMS<sup>6</sup>.

Actualmente en nuestro país, la atención y el seguimiento de las mujeres embarazadas de bajo riesgo se llevan a cabo por las matronas y enfermeras no especialistas en la mayoría de los centros. Las mujeres durante el parto sufren una serie de cambios a nivel biológico, social y psicológico que las hacen vulnerables y requieren un cuidado sanitario, especialmente enfermero.

## JUSTIFICACIÓN

Ellwood y Oats<sup>27</sup> defienden que la humanización de los cuidados promoviendo el parto normal no es una ideología sino una práctica basada en la evidencia científica.

Siguiendo con la EAPN<sup>14</sup>, el “parto humanizado” podría definirse como el conjunto de prácticas realizadas para apoyar el proceso fisiológico del parto con el menor intervencionismo posible, dejando a un lado aquellas que impiden su curso normal como la episiotomía, la analgesia epidural, la posición de litotomía o el no acompañamiento de la mujer durante el proceso, entre otras; además de aportar información a la mujer durante todo el período de gestación.

A pesar de la relevancia actual del concepto de “humanización de los cuidados” y la vuelta al parto normal, la bibliografía al respecto es escasa, sobre todo en España, lo que nos invita a reflexionar sobre las necesidades particulares de las mujeres y la atención que se les está ofreciendo.

## **OBJETIVOS**

Debido a lo explicado anteriormente, el objetivo general que se plantea con este trabajo es identificar la humanización de los cuidados de enfermería en la atención al parto.

Se definen como objetivos específicos:

- Determinar la educación prenatal dada por la matrona en las consultas de atención primaria, su importancia y sus beneficios.
- Analizar diferentes prácticas recomendadas por la OMS y por la Estrategia de Atención al Parto Normal, concretamente la realización de episiotomía, la administración de analgesia epidural, el acompañamiento continuo y la posición de litotomía.
- Identificar la satisfacción percibida de las mujeres respecto a la atención recibida.

## METODOLOGÍA

Se realizó una revisión narrativa de artículos publicados en las bases de datos de Ciencias de la Salud PubMed, CINAHL, CUIDEN y en el servicio de búsqueda Dialnet. También se utilizó la Biblioteca Cochrane Plus pero no resultaron artículos relacionados con el tema. De la misma manera se llevó a cabo una revisión más delimitada en la revista “Matronas profesión”. También se han utilizado documentos oficiales.

Los términos empleados para la búsqueda fueron “humanización”, “humanización de la asistencia”, “parto humanizado”, “parto normal”, “parto”, “cuidados de enfermería”, “enfermería” y su traducción al inglés “humanization”, “humanization of assistance”, “humanizing delivery”, “natural childbirth”, “parturition”, “nursing care”, “nursing”. Para las bases de datos Pubmed y CINAHL se buscaron términos MeSH (Medical Subject Headings) pero respecto a la humanización no se encontraron, por lo que se ha utilizado lenguaje libre. Se combinaron con el operador booleano “AND”.

Para seleccionar los artículos se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Tabla 1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Artículos relacionados con el parto normal y/o de bajo riesgo	Artículos que tratasen exclusivamente el parto distócico
Artículos que traten la humanización de los cuidados	
Artículos relacionados con el papel de enfermería durante el parto	
Artículos que incluyan la relación enfermera - gestante	

Fuente: Elaboración propia.

Los límites de búsqueda que se establecieron fueron que los artículos fueran publicados en los últimos 10 años; uno de ellos fue publicado hace 13 años pero no se descartó ya

que resultaba de interés para el objetivo del trabajo. Los idiomas de las fuentes han sido español, inglés o portugués. Se han descartado todos aquellos artículos que no tenían acceso a texto completo.

A continuación se muestra una tabla con las estrategias de búsqueda:

Tabla 2. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.

FUENTE	TÉRMINOS	Nº ARTÍCULOS ENCONTRADOS	Nº ARTÍCULOS SELECCIONADOS
<b>PUBMED</b>	"Nursing Care [Mesh]" AND "Humanizing Delivery"	3	0
	"Humanization of assistance" AND "Parturition [MeSH]"	1	1
	("Nursing Care"[Mesh]) AND "Parturition"[Mesh]	85	4
	"Nursing care [MeSH]" AND "Humanization of assistance"	1	0
	"Nursing Care"[Mesh] AND "Natural Childbirth"[Mesh]	9	0
	"Humanizing delivery"	1	1
<b>Matronas Prof.</b>	"Parto natural"	11	5
	"Humanización"	4 (1 repetido)	1
<b>DIALNET</b>	"humanización de la asistencia parto"	29	1
<b>CUIDEN</b>	"parto humanizado" AND "enfermería"	60	2
	"humanización" AND "parto normal" AND "enfermería"	37 (6 repetidos)	6
<b>CINAHL</b>	"Humanization of assistance" AND "nursing care"	1	1
<b>TOTAL</b>		<b>254</b>	<b>22</b>

Fuente: Elaboración propia.



Tras la realización de la búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos, se obtuvieron un total de 254 documentos. Con estos se realizó una lectura preliminar del título y del resumen, comprobando que se ajustaban a los criterios establecidos y a los objetivos del trabajo.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De esta manera finalmente se obtuvieron 22 documentos, de los cuales se realizó una lectura más profunda y exhaustiva para identificar los temas más tratados frecuentemente. Los principales resultados de los artículos se adjuntan en una tabla como Anexo I.

Los estudios se han realizado en países de América del Sur, como Brasil, Chile y Colombia, y de Europa como España, Bélgica, Alemania y Noruega.

Los resultados y la discusión se presentan en función de los objetivos específicos del trabajo:

- Humanización de los cuidados de enfermería
  - Consultas prenatales
  - Impacto de la tecnología sanitaria en el parto
  - Episiotomía
  - Analgesia epidural
  - Posición de litotomía
  - Acompañamiento continuo
  - Satisfacción de las mujeres respecto a la atención recibida

### HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

La humanización de los cuidados en el parto tiene como objetivo rescatar el carácter fisiológico del proceso, la individualización de los cuidados, el papel activo de la mujer y fomentar su participación en la toma de decisiones<sup>28</sup>. Para ofrecer una atención más humanizada, la Guía de Cuidados al Parto Normal<sup>17</sup> reconoce a la enfermera como el profesional más adecuado para el cuidado del parto normal de bajo riesgo.

Iglesias<sup>29</sup> realizó un estudio sobre la implantación de una vía clínica de atención al parto y al nacimiento elaborada por matronas, con colaboración del resto de equipo de obstetricia, en un hospital de Pontevedra con el fin de humanizar el proceso de nacimiento. Confirma que es posible una tasa de parto normal elevada si se ofrecen unos cuidados humanizados adecuados basados en la evidencia científica, apartando prácticas innecesarias. El número de partos eutócicos aumentó, al igual que los partos vaginales con cesárea previa, mientras que el número de partos estimulados y la tasa de cesáreas disminuyeron, esta última con una reducción de un 26,2% al 18,8%. Desde la

puesta en marcha de la vía clínica, aumentó el número de nacimientos en el hospital, lo que indica que las parejas buscan en un hospital una atención más natural y menos intervenida. Aunque aún no se alcanzan las cifras recomendadas por la OMS<sup>6</sup>, están cada vez más cerca. No se vieron diferencias entre la tasa de partos instrumentales y las inducciones médicas del parto, por lo que se tiene que trabajar en ello. La tasa de episiotomía se redujo de 29,6% a 20,4%, llegando en partos eutócicos hasta el 9,5%. Finalmente, la mayor parte de las mujeres reflejaron que la atención prestada por las matronas era muy buena y el 91,4% de las mujeres volverían al hospital a dar a luz. Esto muestra que las mujeres cada vez más buscan hospitales en los que se respeten el parto fisiológico y se ofrezcan unos cuidados humanizados.

La opinión de las mujeres suele definir el cuidado de enfermería como humanizado. Hay un gran número de prácticas a realizar durante el trabajo de parto para hacer este proceso más llevadero y menos doloroso, siendo la enfermera, en conjunto con la mujer, la responsable en el elegir el recurso más adecuado para la situación<sup>30</sup>.

Según Rojas et al.<sup>31</sup>, la base para fomentar el parto humanizado es tener un centro de salud apropiado y unos profesionales que promuevan los cuidados necesarios. Apoya el modelo humanizado que ofrecen las enfermeras: la atención del parto por matronas cede el protagonismo a la mujer, y conlleva menos intervenciones y complicaciones tanto para la madre como para su recién nacido. En su estudio identifica las características de las mujeres que buscan este tipo de atención: edad media de 28.9 años, con estudios superiores, primíparas, con trabajo remunerado y pareja estable.

La humanización en los cuidados de enfermería durante el parto está cada vez más cerca de la realidad, gracias al cambio de mentalidad de los profesionales de salud.

Como prácticas humanizadas realizadas por enfermería, el programa de Parto Respetado<sup>25</sup> del Hospital Universitario de Torrejón coincide con los estudios de Gomes<sup>28</sup> y Rodríguez<sup>32</sup>:

- En las consultas prenatales, la enfermera debe proporcionar información diversa para que la mujer pueda elegir la forma en la que quiere parir, haciéndole protagonista de su parto.
- En el momento en que entre al hospital, hay que respetar en todo momento la intimidad de la paciente y del acompañante que ella decida.

- En la fase de dilatación: toma de constantes vitales, proporcionar líquidos vía oral si la mujer lo desea, ofrecer apoyo emocional y presencial, informar de los procedimientos antes de realizarlos, fomentar la deambulación, realizar únicamente los tactos vaginales necesarios y utilizar métodos no farmacológicos para el alivio del dolor. Todas las decisiones que la mujer tome deben ser respetadas por todos los profesionales que intervengan en el proceso. En ningún momento se realizará rasurado del vello, administración de enema, canalización de una vía venosa periférica, amniotomía, administración de oxitocina para acelerar el parto o monitorización cardiotocográfica de forma rutinaria sin ser realmente necesario ni sin su consentimiento.
- En el período expulsivo: animar a la mujer a que adopte la posición en la que sienta más cómoda, respetar los pujos espontáneos y restringir el uso de episiotomía realizándola únicamente para prevenir grandes desgarros, cuando haya sospecha de sufrimiento fetal o si la mujer lo pide.

Cabe mencionar que en el Hospital de Torrejón el número de episiotomías en partos normales está por debajo de las cifras recomendadas, con un 12%. Este programa<sup>25</sup> promueve que las mujeres opten por un parto normal dejando aparte el modelo biomédico y la sobremedicalización.

En contraste, en un centro obstétrico al sur de Brasil a fecha de 2012<sup>33</sup> se siguen realizando prácticas consideradas perjudiciales por la OMS. Los trabajadores se justifican en que las prácticas facilitan el trabajo al propio trabajador, sin considerar las necesidades y los derechos de las mujeres. La adopción de estas prácticas parece tener relación con la falta de un protocolo de atención al parto normal y humanizado basado en la evidencia científica, ya que la opinión de los trabajadores resulta superior que las recomendaciones de la OMS.

Esto podría verse reflejado en el estudio de Ruiz Ferón et al.<sup>34</sup> donde la tasa de partos inducidos en un hospital de Sevilla se ha visto reducida entre los años 2007 y 2011 (de 29.9% a 14.9% respectivamente) coincidiendo con la elaboración y adhesión del hospital al Proyecto de Humanización de Atención Perinatal de Andalucía<sup>24</sup>.

La actitud de los profesionales que atienden el parto influye en la actividad que llevan a cabo. Zinsser et al.<sup>35</sup> por su parte evaluó las cualidades de las matronas que influyen a la hora de promover el parto normal. El factor que más diferencia obtuvo fue el lugar de

trabajo: aquellas que trabajan para partos en casa o en centros de parto obtuvieron mejores puntuaciones que aquellas que trabajan en hospital. Esto indica que la institucionalización de los partos ha supuesto una disminución en las cifras de partos normales. Las matronas más jóvenes y con menor experiencia obtuvieron mejores puntuaciones que las que tenían más años trabajados en el sector, pudiendo justificarse por la diferencia en la educación recibida durante su formación. Asimismo, las nuevas generaciones de matronas se caracterizan por tener actitudes a favor del parto normal y mayor motivación para contribuir en la sociedad y ayudar a los demás. La capacidad de manejar situaciones difíciles también influía en las buenas puntuaciones. Se concluye que debería existir la opción del parto en casa y/o en centros de parto, así como incluir estos centros en las rotaciones de los alumnos de matronas para promover el parto normal en la sociedad.

La humanización de la asistencia aún está lejos de la realidad debido a la baja calidad asistencial prenatal y las resistencias culturales que impiden un cambio de mentalidad en los profesionales y unos cuidados individualizados<sup>36</sup>.

### CONSULTAS PRENATALES

Desde atención primaria, la enfermera ejerce el rol de educadora y cuidadora a la vez. El papel educativo de las matronas en las consultas prenatales permite a las mujeres reflexionar y comprender el proceso de gestación y del parto así como los fenómenos que ocurren durante el mismo. Estos conocimientos proporcionan autonomía y libertad para elegir los cuidados que pueden ser aplicados<sup>37</sup>.

Es importante que la matrona aporte una información clara sobre el significado de “humanización” y muestre la realidad del proceso de parto, para no crear falsas expectativas. Mandarano et al.<sup>36</sup> expone en su estudio que la visión que las mujeres tienen acerca de la atención humanizada es errónea, ya que muchas veces relacionan la humanización con ausencia de dolor. Con esta perspectiva, las mujeres se sienten frustradas al percatarse de que un parto normal y unos cuidados humanizados no significan sin dolor.

Las mujeres no sólo necesitan información sobre la sintomatología durante el parto (actividad generalmente de los obstetras), sino que el refuerzo educacional (labor propia

de la enfermería) acerca de los recursos disponibles y los cuidados a realizar aumenta la seguridad y la capacidad de autocuidado de las familias<sup>38</sup>.

Entre toda la información que la enfermera proporciona a la mujer, ha de mencionarse la existencia del Plan de Parto<sup>18</sup> y su contenido. De acorde a las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal<sup>13</sup>, la utilización del Plan de Parto fomenta el uso de prácticas basadas en la evidencia, y a pesar de que no se alcanzan todavía las cifras recomendadas, se ha visto un notable aumento en su aplicación. Además, varios autores coinciden en que el empleo del Plan de Parto mejora la satisfacción de las mujeres<sup>37, 39</sup> aunque el estudio de Fernández et al.<sup>40</sup> encontró que las mujeres que presentaban Plan de Parto resultaban menos satisfechas que aquellas que no lo presentaban. Esto puede ser debido a que las mujeres al elaborar su Plan de Parto se imaginan un parto que luego, por los cambios que pueden surgir durante el trabajo de parto, no se lleva a cabo. Hay que tener en cuenta que el trabajo de parto es un proceso dinámico que tiene cierta imprevisibilidad, por lo que pueden verse alteradas las decisiones tomadas en el Plan de Parto. De la misma manera, las preferencias y decisiones de la mujer pueden cambiar desde el comienzo de la gestación hasta el momento del nacimiento. Aunque la mujer no realice todo lo planeado previamente, no implica que tenga que perder su autonomía ni su derecho a escoger libremente.

Sin embargo, cuando las mujeres son informadas de los beneficios y los riesgos del parto normal y la cesárea, tienden a elegir el parto normal por el deseo de tener una recuperación más rápida y un menor riesgo de complicaciones<sup>41</sup>.

Para fomentar el parto normal, es importante que las matronas estén actualizadas con las recomendaciones y nuevas investigaciones que van surgiendo acerca de las diferentes prácticas que se pueden llevar a cabo durante el proceso de parto. Es importante que conozcan e informen de los diferentes recursos que dispone cada hospital para la fase de dilatación y expulsión.

A pesar de que la mayoría de los estudios reflejan que las enfermeras dan información suficiente y relevante a las mujeres, en el estudio de Costa<sup>42</sup> las mujeres consideraron la atención referida como poco cordial, incomprensible, grosera e indiferente. Esta calificación del cuidado es debido al poco aporte de información por parte de los profesionales, lo que apoya la importancia de la educación prenatal para la satisfacción de las mujeres.

La labor educativa de la matrona en las consultas prenatales es fundamental para la satisfacción de las pacientes y sus familias. Es una herramienta que permite a las gestantes obtener conocimientos acerca de los procedimientos y rutinas que van a realizarse durante todo el embarazo, resolver dudas y miedos. De esta manera, la mujer adquiere autonomía desde el comienzo del proceso de gestación obteniendo el papel protagonista en los procesos. Con la información adecuada, las gestantes refieren una experiencia en el parto más positiva.

### IMPACTO DE LA TECNOLOGÍA SANITARIA EN EL PARTO

El avance de la tecnología en los últimos años ha influido en la atención al parto en los hospitales. En muchas ocasiones, la mujer ha dejado de expresar sus preferencias por preferir que sea el profesional sanitario quien decida por ella. Esto puede ser debido a que la mujer ha sufrido lo que denomina Goberna et al.<sup>43</sup> una “expropiación de la maternidad”, ganando valor los diagnósticos médicos frente a sus propias percepciones.

En el grupo de mujeres participantes para el estudio de Goberna et al.<sup>43</sup> sobre su opinión acerca de la tecnología sanitaria aplicada en la asistencia al parto, la mayoría acepta la tecnología como fuente de seguridad e incluso satisfacción siendo minoría las que prefieren afrontar el parto de manera natural, con el menor número de intervenciones posibles. Observa que las mujeres demandan mayor número de pruebas no por necesidad sino para mejorar su bienestar psicológico. Otro dato interesante reflejado es que las mujeres refieren que ceden ante procedimientos como la monitorización continua fetal, porque les transmite seguridad a pesar de que les producen molestias e incomodidad. Sin embargo, existe un debate sobre la realización de esta técnica respecto a la evidencia científica puesto que se han visto numerosos riesgos para la madre pero beneficios para el recién nacido.

Por otra parte, otros autores<sup>28, 41</sup> rechazan el uso abusivo de la tecnología sanitaria. Estos defienden que la atención al parto todavía sigue un modelo intervencionista y biomédico, en el que el parto se considera un proceso patológico que necesita ser intervenido. Las prácticas abusivas, como la episiotomía, la cesárea, el uso de oxitocina o de analgesia epidural, se traducen en un aumento del índice de morbilidad materno y neonatal.

Toda tecnología que se emplee durante el parto ha de promover el empoderamiento de la mujer, sin intervenir en los procesos fisiológicos, el confort y la relajación, prevenir riesgos, con el fin de aplicar unos cuidados acordes a las necesidades de cada mujer.

### EPISIOTOMÍA

Camacho-Morell et al.<sup>44</sup> trata de identificar los factores que influyen en la tasa de episiotomías. Encuentra una relación estadísticamente significativa en el caso de la primiparidad, el uso de analgesia epidural, la inducción del parto y la posición habitual de litotomía. Por el contrario, no halló relación estadísticamente significativa con el peso del recién nacido, la edad de la madre o la categoría profesional de quien asiste el parto.

Sin embargo, otros estudios<sup>31, 45, 46</sup> sí muestran diferencias en cuanto al tipo de profesional que atiende el parto. Las matronas alcanzan menor tasa de episiotomías, lo que se relaciona con altas probabilidad de conseguir un periné íntegro de acuerdo con las recomendaciones de la OMS<sup>6</sup>. En el estudio de Meyvis et al.<sup>45</sup> la diferencia de realización de episiotomía es muy notable, siendo un 2% por parte de las matrona y más del 30% por parte de los médicos, incluyendo un médico que realizaba esta intervención al 76% de las mujeres. En un centro de parto integral en Chile donde únicamente atienden matronas, la tasa de episiotomías es nula<sup>31</sup>.

En comparación con los médicos obstetras, las matronas están mucho más cerca del 10% de episiotomías que recoge la OMS<sup>6</sup>, quien recomienda su uso restrictivo ya que no existe evidencia científica de sus beneficios en su uso rutinario pero sí de los daños que produce.

Cabe destacar que varios autores<sup>29, 44</sup> coinciden en que la elevada tasa de episiotomías registrada puede causarse, entre otros, por la poca actualización de conocimientos de algunos profesionales así como la resistencia al cambio. Es importante que tanto las matronas como los ginecólogos como cualquier profesional que atienda el parto tengan unos conocimientos actualizados basados en la evidencia científica actual para ofrecer una atención al parto de calidad y unos cuidados individualizados.



### ANALGESIA EPIDURAL

Según la EAPN<sup>13</sup>, la analgesia epidural es el método más eficaz para el alivio del dolor al ser el más estudiado y difundido. Sin embargo, el uso de analgesia epidural tiene mayor riesgo de parto instrumental y fracaso de la lactancia materna. Además, en el estudio de Rojas<sup>31</sup> se relaciona la analgesia epidural con el parto vaginal inducido.

Cada vez más las mujeres demandan métodos no farmacológicos para el alivio del dolor en sustitución a la analgesia epidural. Estos datos se observan en diversos estudios como por ejemplo el de Iglesias<sup>29</sup>, donde el uso de analgesia epidural descendió de 73.1% al 64%, llegando al 34% en partos vaginales sin epidural.

Numerosas técnicas alternativas o complementarias al uso de fármacos para el manejo del dolor han mostrado evidencia científica, como la inmersión en el agua, la inyección intracutánea de agua estéril y el apoyo continuo durante el parto. Otras como la acupuntura, la hipnosis, la aromaterapia, la audioanalgesia y la musicoterapia requieren más investigaciones acerca de su efectividad<sup>47</sup>.

Las técnicas más demandadas según Ramos<sup>46</sup> son la deambulación (69%), el masaje, el baño de agua, la pelota de Bobath y ejercicios de respiración. Estas técnicas han demostrado un mayor confort en las mujeres y una disminución de la ansiedad, el miedo y, por supuesto, el dolor<sup>41</sup>.

El uso de estas prácticas promueve una atención basada en el respeto de la fisiología natural del parto, realizando el mínimo número de intervenciones para aliviar el dolor. Así las mujeres consiguen mayor confianza en sí mismas al comprobar que no necesitan fármacos para el alivio del dolor que producen las contracciones o el nacimiento. También les ayuda a aumentar su autonomía.

Para fomentar el uso de estos métodos, es importante que la matrona conozca los diferentes recursos e informe a las mujeres de las numerosas alternativas a la analgesia epidural desde el principio del embarazo en las consultas prenatales. Los hospitales han de contar con estos recursos no farmacológicos para poder ofrecerlos a las mujeres y emplearlos en sustitución o complementación a la analgesia epidural.

### ACOMPANIAMIENTO CONTINUO

En cuanto al acompañamiento continuo, Pérez<sup>47</sup> define “el apoyo continuo durante el parto [...] supone la presencia de una o más personas que ofrezcan soporte emocional, aporten confianza y/o conozcan el proceso aportando recursos para el manejo del dolor, etc.”. En su estudio, Pérez<sup>47</sup> considera el acompañamiento de alguna persona del entorno de la mujer como método no farmacológico para aliviar el dolor de parto ya que demuestra una menor necesidad de analgesia.

Diversos estudios<sup>28-32, 41</sup> muestran que un acompañamiento continuo produce beneficios en la mujer como mejora del bienestar físico y emocional, mejor evolución, disminuye las complicaciones intra y post-parto, e incluso disminuye el uso de analgesia, de oxitocina, el tiempo de hospitalización y el número de cesáreas, además de transmitir seguridad y tranquilidad.

La presencia de la matrona, a ser posible la misma durante todo el proceso, es un factor importante a la hora de decidir un parto normal y tener una experiencia positiva<sup>38, 48</sup>. La presencia continua de la matrona es fundamental para crear una buena relación terapéutica ya que transmite seguridad y confianza a la mujer.

El acompañamiento por parte de los profesionales sanitarios durante el trabajo de parto, sobre todo en partos normales o sin anestesia, ha de ser continuo, que transmita confianza y seguridad en la mujer para poder calmar sus miedos.

Sin embargo, las mujeres señalan el deseo de la compañía de alguien de su entorno; en el estudio de Cunha<sup>41</sup> las mujeres refirieron gran satisfacción por la seguridad transmitida, agradeciendo la presencia de un acompañante ajeno al hospital lo cual mostró una mejora del bienestar de la mujer, y destacaron la confianza generada hacia la matrona.

En un estudio realizado en Colombia por Coral<sup>49</sup>, el 51% de las mujeres expresó el deseo de estar acompañadas por su pareja, pero no se les dio la posibilidad, a pesar de que el acompañamiento materno es una práctica que beneficia al estado de salud de la mujer y por tanto debería ser rutinaria. Solo el 24% de las mujeres prefirieron pasar el proceso en solitario.

Por tanto, y teniendo en cuenta los numerosos beneficios que produce, debe permitirse que una persona del entorno de la mujer esté presente ofreciendo su apoyo,

independientemente del tipo de parto que tenga. De los resultados analizados, en España los hospitales permiten el acompañamiento continuo por una persona escogida por la mujer. Incluso se permite el acompañamiento continuo en las cesáreas, como el Hospital de Torrejón.

### POSICIÓN DE LITOTOMÍA

Aunque la tasa de partos en posiciones verticales es aceptada en la mayoría de los centros, se puede seguir mejorando. Las mujeres cada vez más demandan posiciones alternativas a la postura tradicional de litotomía durante el período expulsivo<sup>28, 29</sup>. En el estudio realizado por Rojas et al.<sup>31</sup> en un centro de parto integral en Chile dónde únicamente atienden matronas, todas las mujeres adoptaron posiciones verticales durante el período expulsivo.

Esta opción es novedosa para un gran número de pacientes, bien porque no es lo tradicional bien porque no conocen experiencias de otras mujeres, por lo que es fundamental que las matronas de atención primaria informen de las diferentes posiciones que pueden adoptarse y así decidan libremente la posición que les resulte más cómoda<sup>36</sup>.

En el estudio de Rocha et al.<sup>30</sup> se refleja una desactualización de conocimientos en cuanto a la postura de litotomía, la cual en numerosas ocasiones resulta perjudicial para la mujer.

La Estrategia de Atención al Parto Normal<sup>13</sup> refleja que durante el período expulsivo, posiciones verticales o laterales reducen la realización de episiotomías además de una menor duración del período expulsivo y menor número de partos asistidos, respecto a la posición de litotomía o decúbito dorsal.

Prácticas comunes como la realización de episiotomía, la analgesia epidural y la posición de litotomía durante el período expulsivo, deberían estar fuera de la atención prestada debido a la falta de evidencia científica de sus beneficios en su uso rutinario.

### SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES

La satisfacción durante el parto puede definirse como el sentimiento subjetivo de bienestar que surge como respuesta a la atención prestada durante el proceso. Se relaciona con diversos factores como las expectativas de las mujeres, el estado de salud, la relación entre los profesionales y las pacientes, la autonomía ofrecida a la mujer, entre otros<sup>40</sup>.

Dentro de las cualidades de los cuidados que las enfermeras ofrecen a la mujer, debería recalcar la humanización, siendo un factor clave en la satisfacción de las mujeres. La atención de enfermería en el parto, desde un modelo humanizado, se centra en varios focos además de en las técnicas. Es decir, las mujeres confían plenamente en la capacidad técnica y profesional del personal sanitario, sin embargo, piden de él cualidades humanas como amabilidad, empatía y un trato deferente como ultiman varios autores<sup>42, 28, 49</sup>.

El estudio de Rodríguez et al.<sup>32</sup> expresa numerosas quejas e insatisfacción por la atención tecnificada, medicalizada e irrespetuosa con escaso protagonismo de la mujer durante el parto. Esto supone una demanda de un significativo número de personas solicitando la utilización de técnicas naturales y menos intervencionismo durante la dilatación y el parto, conforme a las recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento<sup>6</sup>.

En el estudio de Costa<sup>42</sup> las mujeres destacaron la falta de habilidades de comunicación en los profesionales de salud así como un trato poco amable.

Las gestantes quieren sentirse protagonistas del nacimiento de su recién nacido por lo que demandan una atención personalizada por parte del profesional, y el deseo de ser atendidas por una matrona en exclusiva, aunque reconocen que no siempre es posible debido a la sobrecarga asistencial<sup>43</sup>. Es importante concienciar a los profesionales del importante papel que desempeñan en la asistencia a las mujeres y sus familias en momentos únicos como es el parto.

En la mayoría de los estudios, se refleja una alta satisfacción por parte de las mujeres en cuanto a la atención ofrecida por matronas, definiendo el cuidado de estas como humanizado. Las mujeres manifestaron haberse sentido cómodas y seguras con la información y el apoyo proporcionado, así como con la actitud del profesional de enfermería que les atendió<sup>29, 30, 38, 48</sup>.

En el estudio de Pérez-Martínez et al.<sup>38</sup> realizado en el Hospital Universitario de Fuenlabrada sobre la satisfacción percibida por las puérperas tras la implantación de un nuevo protocolo en el que la atención del puerperio de bajo riesgo es responsabilidad de la matrona, se observa que las mujeres que fueron atendidas por matronas obtuvieron mayor puntuación que aquellas que fueron atendidas por médicos obstetras, siendo la variable más influyente la relación con los profesionales. Las diferencias más destacables del estudio se encuentran en las variables de “identificación de los profesionales” y “resolución de dudas al usuario” obteniendo mejores resultados en el grupo de mujeres atendidas por matronas, lo que refleja que la satisfacción de las mujeres podría estar unida a que las matronas ofrecen una atención más personalizada y cercana que los obstetras. Que la atención durante toda la hospitalización sea liderada por un mismo profesional supone unos cuidados de calidad, una mejor satisfacción por parte de las usuarias y un menor coste sanitario.

En el estudio de Coral<sup>49</sup> en Colombia, el 38% de las puérperas no identificaron a la enfermera durante el parto y el trabajo de parto, el 11% a pesar de haberla reconocido no tuvo ningún contacto con ella, y el 63% manifestó que la enfermera no estuvo con la familia. El primer cuidado que debe ofrecerse a cualquier paciente cuando se entra en contacto con él es identificarse con nuestro nombre y papel que vamos a desenvolver en su atención. Es una práctica sencilla que transmite seguridad y confianza a la vez que permite establecer una buena relación terapéutica con el paciente, sobre todo en procesos que pueden generar estrés e incertidumbre como el parto. Solo el 55% de las mujeres percibieron una actitud comprensiva por parte de la enfermera. Este mismo estudio identifica que únicamente el 80% de las parturientas recibieron algún tipo de cuidado. Una atención de calidad durante el parto no debería considerar únicamente la realización de los cuidados, sino también la comunicación con la paciente, la explicación de lo que se le va a realizar en todo momento y el apoyo emocional hacia la gestante y su familia. Estos resultados indican que la actitud de las matronas no siempre tiene en cuenta el lado humano de las personas, ya que se olvidan de cuidados básicos como es la identificación del personal y de los procedimientos que van a realizar para que la mujer sepa en todo momento lo que está sucediendo. Sin estos cuidados mínimos, no se pueden ofrecer unos cuidados humanizados.

Las enfermeras deben poner en práctica el concepto de “atención humanizada” para aumentar la satisfacción de las mujeres. Para conseguirlo, los conocimientos y prácticas

realizadas han de basarse en la evidencia científica y deben realzar habilidades como la empatía y la escucha activa.

## CONCLUSIONES

- La humanización de los cuidados en la atención al parto normal está mejorando en los últimos años pero necesita seguir avanzando para alcanzar unos cuidados individualizados. Una atención adecuada para cada mujer es indispensable para asegurar una experiencia satisfactoria y saludable.
- Los estudios reflejan que la matrona es el personal sanitario indicado para atender los partos normales de bajo riesgo.
  - En atención primaria, destacar la labor educativa de las matronas sobre los conocimientos transmitidos a la mujer acerca del parto.
  - Entre las prácticas realizadas durante el parto, destacar por parte de la matrona la reducción de episiotomía rutinaria aumentando su uso selectivo, la disminución de analgesia epidural frente al aumento de métodos no farmacológicos para aliviar el dolor y un menor uso de la posición tradicional de litotomía durante el período expulsivo frente a un mayor fomento de la adopción de posturas verticales.
  - Las matronas defienden el apoyo continuo de la mujer en todo momento, tanto del propio profesional como permitiendo el acompañamiento de una persona de elección de la mujer.
- La satisfacción de las mujeres respecto a la atención prestada por la matrona es muy alta, destacando su trato cordial, su capacidad de empatía y de transmitir seguridad y confianza. En comparación con los profesionales médicos, las matronas obtienen mejores cifras en cuanto a prácticas recomendadas por la OMS, a un cuidado más humanizado y a la satisfacción percibida por las mujeres.
- Como profesionales sanitarios debemos responder ofreciendo unos cuidados basados en la evidencia científica que fomenten el empoderamiento de las mujeres y la participación activa en todo el proceso. Es imprescindible el cambio en las diferentes instituciones que ofrezcan este tipo de atención en cuanto a infraestructura y recursos disponibles.
- Cada vez más mujeres demandan una mayor humanización de los cuidados y un mayor protagonismo durante el proceso de parto. Por lo tanto, una mejora de la atención en el parto debería no sólo considerar la reducción del intervencionismo, sino también una mayor humanización de la atención.

## **LIMITACIONES**

Como limitaciones de la búsqueda, mencionar la escasa bibliografía de estudios en España. Esta limitación impide identificar la humanización de los cuidados durante el parto en nuestro país.

Añadir también que únicamente se seleccionaron aquellos artículos que disponían de acceso a texto completo, dejando aparte artículos que podrían resultar de gran interés.

Además, resulta interesante la falta de términos MeSH relacionados con la humanización. Este hecho ha limitado la búsqueda realizada en la base de datos Pubmed ya que se empleó lenguaje libre.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Federación de Asociaciones de Matronas Española. Definición de Parto Normal [Internet]. Barcelona. 2006. [Consultado el 27 Diciembre 2017]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/definicion-2bparto-2bnormal-fame-2b10-06-2006.pdf>
2. Manzano Alonso I. Historia de las matronas [Internet]. Asociación Profesional de Matronas Extremeñas. Cáceres. [Consultado el 7 Enero 2018]. Disponible en: <http://www.matronasextremadura.org/historia-de-las-matronas/>
3. Romero Roy ME, Carrizosa Moreno Á, Jimeno JF. Las posturas de la mujer de parto en fase de expulsivo: revisión de la evidencia científica y recomendaciones. Med Natur [Internet]. 2014 [Consultado 27 Diciembre 2017]. 8 (1): 23-30. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4560683>
4. Lippi D, Domizia W. Crouching or lying-down? The reason of a (uncomfortable) delivery position [Internet]. J Matern Fetal Neonatal Med. 2013 Jan [Consultado 7 Enero 2018]; 27 (2): 206 – 208. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23682973>
5. Torrens Sigalés RM, Martínez Bueno C. Enfermería de la mujer. Enfermería 21. DAE. España 2009. 530-543.
6. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Fortaleza 1985. Lancet. 1985;2(8452):436-7.
7. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra 1996. [Consultado el 3 enero 2018]. Disponible en: [https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/oms\\_cuidados\\_parto\\_normal\\_guia\\_practica\\_1996.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/oms_cuidados_parto_normal_guia_practica_1996.pdf)
8. Department of Health. Changing Childbirth, vol. I. Her Majesty's Stationery Office. London, 1993.
9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Evolución de la Tasa de Cesáreas en los Hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud: Años 2001-2011. Serie Informes Breves CMBD. Madrid 2013 [Consultado el 10 Enero 2018]; 1. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Ev\\_de\\_Tasa\\_Cesareas1.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Ev_de_Tasa_Cesareas1.pdf)
10. Nacimientos por tipo de parto y orden del nacimiento. Instituto Nacional de Estadística. España. [Consultado el 21 Enero 2018]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e301/nacim/a2016/10/&file=01018.px>

11. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Human Reproduction Programme (HRP). Suiza. 2015. [Consultado el 21 Enero 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/cs-statement/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/)
12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Proceso de estimación de Pesos y Costes hospitalarios en el SNS. 2014. [Consultado el 21 Enero 2018]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/anaDesarrolloGDR.htm>
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Noviembre 2007.
14. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Iniciativa parto normal. Federación de Asociaciones de Matronas de España [Internet]. [Consultado el 13 Enero 2018]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal?currentitemid=3759>
15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe sobre la Atención al Parto y nacimiento en el SNS. Diciembre 2012.
16. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01
17. Charo Quintana Pantaleón, Itziar Etxeandia Ikobaltzeta; Rosa Rico Iturrioz; Idoia Armendáriz Mántaras e Isabel Fernández del Castillo Sainz, del Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía dirigida a mujeres embarazadas, a los futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Versión OSTEBA N° 2009/01
18. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de Parto y Nacimiento [Internet]. 2011 [Consultado el 21 Enero 2018]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>
19. Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. Int J Gynaecol Obstet. 2001; 75:25-37.
20. Trevizan, MA, Mendes, IA, Melo MR. 2003. Al encuentro de la competencia del cuidado según Boff, una nueva perspectiva de conducta ética de la enfermera gerente [Internet]. Rev. Latino-Am. Enfermería. 11 (5):652-657. Disponible en:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000500013&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000500013&lng=es)

21. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería. Congreso Internacional de Enfermería. Suiza 2006.
22. Arredondo-González CP, Siles-González J. Tecnología y Humanización de los cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Index Enferm. 2009. 18 (1).
23. Conserjería de Sanidad. Humanización en las unidades de cuidados intensivos. Comunidad de Madrid.
24. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía. 2015. Disponible en: <http://www.perinatalandalucia.es>
25. Hospital Universitario de Torrejón. Programa de Parto Respetado. SaludMadrid. Disponible en: <http://www.hospitaldetorreon.es/especialidad-interna/programa-de-parto-respetado/7/34/?malmkt=newsjulio14-mail-selligent-html-clientestorreon>
26. OMS, UNICEF. Iniciativa para la humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) [Internet]. Madrid. Última actualización 25 Enero 2018. [Consultado el 28 Enero 2018]. Disponible en: <https://www.ihan.es>
27. Ellwood D., Oats J. Response to “Natural childbirth ideology is endangering women and babies”. Rev ANZJOG. 2016; 56: 557.
28. Gomes ARM, Pontes DS, Pereira CCA, Brasil AOM, Moraes LCA. Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. São Paulo. Revista Recien. 2014; 4(11): 23-27.
29. Iglesias Casás S, Conde García M, González Salgado S. Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. Matronas Prof. 2009; 10(2): 5-11.
30. Rocha FAA, Fontenele FMC, Carvalho IR, Rodrigues IDC, Sousa RA, Ferreira Júnior AR. Cuidado no parto e nascimento: percepção de puérperas. Rev Rene. 2015 nov-dic; 16(6): 782-789.
31. Rojas D, Uribe Y, Ortiz J, Pantoja L, Bínfa L. Perfil sociodemográfico, obstétrico y neonatal de usuarias con intención de parto natural en un centro de parto integral en Chile. Matronas Prof. 2017; 18(2): 24-31.
32. Rodríguez Villa S, Cadenas Rojas M, Gilart Cantizano P. Hacia una atención al parto normal más humanizada: recomendaciones actuales. Paraninfo Digital 2016: 25.

33. Franco de carvalho V, Pereira da costa Kerber N, Busanello J, Goulart Gonçalves B, Rodrigues EF, Pinho de Azambuja E. Como os trabalhadores de um centro obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(1): 30-7.
34. Ruiz Ferrón C, Jurado García E, Baena Antequera F, Romero Martín JM, Barberá Rubini N, Arnedillo Sánchez S. Influencia de la humanización de la atención perinatal en las tasas de inducción del parto. *Metas Enferm* oct 2014; 17(8): 50-54.
35. Zinsser LA, Stoll K, Gross MM. Midwives' attitudes towards supporting normal labour. *Midwifery* 2016; 39: 98-102.
36. Mandarano da Silva L, Barbieri M, Fustinoni SM. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2011 jan-fev; 64(1): 60-5.
37. Pereira ALF, Bento AD. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. *Rev Rene, Fortaleza*, 2011; 12(3): 471-7.
38. Pérez-Martínez E, Velasco-Vázquez D, Pacheco-Ardila F, Del Gallego-Lastra R, Sebastián-Viana T. Satisfacción en puérperas de bajo riesgo: obstetra frente a matrona. *Matronas Prof.* 2017; 18(3): 106-114.
39. Suárez-Cortés M., Amero-Barranco D., Canteras-Jordana M., Martínez-Roche ME. Uso e influencia dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* maio-jun. 2015; 23(3): 520-6.
40. Fernández Méndez, Felipe Santiago et al. El empoderamiento de la gestante y su satisfacción durante el parto. *Rev Dilemata*. 2018; 26: 207-215.
41. Cunha KJB, Gomes LSV. O vivido de mulheres no parto humanizado. *Rev Inter NOVAFAPI* 2012; 5(2): 32-38.
42. Costa AP, Bustorff LACV, Cunha ARR, Soares MCS, Araújo VS. Contribuições do pré-natal para o parto vaginal: percepção de puérperas. *Rev Rene, Fortaleza*, 2011 jul/set; 12(3):548-54.
43. Goberna Tricas J, Palacio Tauste A, Banús Giménez MR, Linares Sancho S, Salas Casas D. Tecnología y humanización en asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. *Matronas Prof.* 2008; 9 (1): 5-10.
44. Camacho-Morell F, García-Barba I, López-Simó A, Belda-Pérez A. Factores que influyen en la realización de una episiotomía en partos eutócicos. *Matronas Prof.* 2017; 18(3): 98-104.
45. Meyvis I, Rompaey B, Goormans K, Truijen S, Lambers S, Mestdagh E, et al. Maternal Position and Other Variables Effects on Perineal Outcomes in 557 Births. *Birth*. 2012 Jun; 39(2): 115-120.

- <sup>46.</sup> Ramos WMA, Aguiar BGC, Conrad D, et al. Contribuição da enfermeira obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. Rev Fund Care Online. 2018 jan./mar; 10(1): 173-179.
- <sup>47.</sup> Pérez L. Manejo del dolor del trabajo de parto con métodos alternativos y complementarios al uso de fármacos. Matronas Profesión 2006; 7(1): 14-22.
- <sup>48.</sup> Dahlberg U., Persen J., Skogas AK., Selboe ST, Torvik HM., Aune I. How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. Sexual & Reproductive Healthcare 2016; 7: 2-7.
- <sup>49.</sup> Coral I. Humanización del cuidado de enfermería durante el parto. Rev. U.D.C.A Act. & Div. Cient. 11 (1): 47-56.



## ANEXO I. Principales resultados de los artículos seleccionados (22).

AUTORES	ARTÍCULO	LUGAR	AÑO	TIPO DE DISEÑO	OBJETIVO	MUESTRA	PRINCIPALES RESULTADOS
Gomes, et al.	Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal	(São Paulo) BRASIL	2014	Revisión bibliográfica.	Analizar la promoción de una atención de maternidad humanizado en la institucionalización del parto.	17 artículos publicados en SCIELO de 2002 - 2012.	Brasil está trabajando desde un nuevo paradigma: “la atención humanizada”. Los profesionales deben estar preparados para poder ofrecer una atención humanizada, siendo la enfermera el profesional más adecuado.
Iglesias, et al.	Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia	(Pontevedra) ESPAÑA	2009	Estudio observacional descriptivo.	Evaluar los resultados de la implantación y el grado de cumplimiento de una vía clínica de atención al parto basada en la evidencia científica.	943 partos de mujeres atendidas en el Hospital de Salnés durante abril-diciembre de 2007 y abril-diciembre de 2008.	Desde la puesta en marcha de la vía clínica para humanizar el proceso de nacimiento, aumentó el número de nacimientos en el hospital, lo que indica que las parejas buscan en un hospital una atención más natural y menos intervenida.

Rocha, et al.	Cuidado no parto e nascimento: percepção de puérperas	(Ceará) BRASIL	2015	Estudio exploratorio cualitativo.	Describir el cuidado ofrecido a la mujer durante el trabajo de parto y parto según la percepción de las puérperas.	14 puérperas entre agosto y septiembre de 2013.	Las mujeres confesaron la importancia de un ambiente acogedor y una atención humana que incluía la escucha, la resolución de dudas y el empleo de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor.
	Perfil sociodemográfico, obstétrico y neonatal de usuarias con intención de parto natural en un centro de parto integral en Chile.	CHILE	2017	Estudio observacional descriptivo.	Describir el perfil sociodemográfico y obstétrico y los resultados neonatales de mujeres con intención de parto natural.	86 mujeres con intención de parto natural en un centro de parto integral en Chile atendidas en 2012.	El elevado porcentaje de partos naturales alcanzado podría sugerir que ciertas características de la mujer, la intención de tener un parto natural y un sistema de salud que promueva la atención de partos naturales tienen un papel importante en este tipo de parto.
	Hacia una atención al parto normal más humanizada: recomendaciones actuales	(Cádiz) ESPAÑA	2016	Revisión bibliográfica	Identificar las prácticas e intervenciones que están recomendadas en el parto normal en base a la evidencia científica disponible y actualizada.	Guías para la atención al parto normal más utilizadas, e información de UptoDate y Cochrane Plus.	La evidencia favorece el proceso de parto con el mínimo intervencionismo posible.



Franco de Carvalho, et al.	Como os trabalhadores de um centro obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal.	BRASIL	2012	Estudio explorativo.	Entender las justificaciones de los trabajadores de un Centro Obstétrico del Sur de Brasil para la utilización de prácticas de parto normal consideradas perjudiciales por la Organización Mundial de la Salud.	23 trabajadores en julio de 2009.	Algunas justificaciones para el empleo de las prácticas fueron la perpetuación de modelos inadecuados, facilidad para la atención en el parto y autoridad que algunos trabajadores ejercen sobre la gestante por creer ser quienes tienen el conocimiento, superior a la evidencia científica.
	Influencia de la humanización de la atención perinatal en las tasas de inducción del parto.	(Sevilla) ESPAÑA	2014	Estudio observacional, descriptivo, transversal.	Conocer la evolución de la frecuencia de las inducciones del parto desde la adhesión al Convenio de Colaboración para la EAPN, así como describir los porcentajes de los distintos tipos de partos de las inducciones realizadas durante el periodo de estudio y estudiar la posible relación entre el número de inducciones y el tipo de parto de las mismas y la adhesión al Convenio para la EAPN.	8.908 partos de feto único atendidos entre 2007 y 2011 en un hospital de Sevilla.	Existen diferencias estadísticamente significativas tanto en el porcentaje de inducciones como en el porcentaje de partos eutócicos inducidos, siendo en 2011 dicho porcentaje inferior al 50% respecto a 2007, posiblemente debido a la adhesión del hospital al Proyecto de Humanización en la Atención al Parto y Nacimiento de Andalucía.

Zinsser, et al.	Midwives' attitudes towards supporting normal labour.	ALEMANIA	2016	Estudio transversal	Evaluar las cualidades de las matronas que influyen a la hora de promover el parto normal.	188 matronas.	El lugar de trabajo, la experiencia y la autoeficacia de las matronas influyen a la hora de promover el parto normal.
Mandarano, et al.	Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado	(São Paulo) BRASIL	2010	Estudio cualitativo con abordaje fenomenológico.	Comprender las experiencias de puérperas en el trabajo de parto y parto en un modelo asistencial humanizado.	8 puérperas.	Las mujeres tienen una creencia errónea sobre la asistencia humanizada al asociar humanización con ausencia de dolor. Los cursos prenatales aportarían una visión realista del proceso del parto.
Pereira, et al.	Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto.	(Rio de Janeiro) BRASIL	2011	Estudio cualitativo.	Describir el cuidado de enfermería obstétrica en el parto normal y analizar el ejercicio de autonomía de las mujeres durante el cuidado.	16 puérperas entre septiembre y diciembre de 2009 con más de 72h postparto en la casa de parto.	El cuidado de enfermería en las casas de parto fue considerado satisfactorio, con competencias técnicas y humanas. Las prácticas educativas en las consultas prenatales permitieron a las mujeres elegir y tomar decisiones.

Pérez-Martínez, et al.	Satisfacción en puérperas de bajo riesgo: obstetra frente a matrona.	(Madrid) ESPAÑA	2017	Estudio cuasi-experimental.	Comparar la satisfacción percibida por las puérperas de bajo riesgo en el momento del alta hospitalaria según hubiesen sido atendidas por obstetras o matronas.	160 puérperas atendidas en el hospital de Fuenlabrada entre mayo y junio de 2014.	Se obtuvieron mejores puntuaciones en las mujeres atendidas por matronas que las que fueron atendidas por médicos obstetras, con diferencias estadísticamente significativas en algunos de los ítems valorados como en la recomendación global del hospital, en la identificación de los profesionales y en la información sobre signos y síntomas de alarma.
	Uso e influencia dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado.	(Murcia) ESPAÑA	2015	Estudio de cohortes, corte transversal, prospectivo.	Conocer, analizar y describir la situación actual de los Planes de Parto y Nascimento en la región de Murcia, así como comparar la evolución y finalización del parto en mujeres que presentaron el Plan y las que no.	9.303 mujeres que dieron a luz entre enero de 2011 y diciembre de 2012.	Los Planes de Parto influyen positivamente en el proceso de parto y nacimiento, sobre todo en cuestiones como "contacto piel con piel", "elección de postura", "uso de enema", "ingestión de alimentos y líquidos", "partos normales", "pinzamiento tardío del cordón" y "tricotomía".

Fernández, et al.	El empoderamiento de la gestante y su satisfacción durante el parto.	(Canarias) ESPAÑA	2017	Estudio transversal.	Determinar el nivel de satisfacción de las mujeres que han tenido un hijo en relación con su Plan de Parto.	598 mujeres que dieron a luz en 2016 con un Plan de Parto.	Las mujeres con Plan de Parto obtuvieron niveles más bajos de satisfacción y unas expectativas que al final no se cumplieron.
	O vivido de mulheres no parto humanizado	(Piauí) BRASIL	2012	Estudio cualitativo.	Describir la experiencia de mujeres en el parto humanizado y discutir sus sentimientos manifestados.	10 mujeres atendidas en septiembre de 2010.	Aunque las mujeres se sintieron cómodas con la atención de enfermería, las puerperas tienen un concepto erróneo de la humanización del parto.
	Contribuições do pré-natal para o parto vaginal: percepção de puérperas	BRASIL	2011	Estudio exploratorio descriptivo.	Analizar cómo la atención prenatal contribuye a promover el parto normal.	30 puérperas primíparas entre septiembre y octubre de 2009.	El papel educativo de la matrona en la consulta prenatal es deficiente lo que conlleva una desmotivación a optar por el parto normal.

<p><b>Goberna, et al.</b></p>	<p>Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres</p>	<p>(Barcelona) ESPAÑA</p>	<p>2008</p>	<p>Estudio con metodología cualitativa.</p>	<p>Conocer la opinión de las mujeres sobre la tecnología sanitaria aplicada al seguimiento del embarazo y asistencia al parto, así como sus vivencias y sentimientos respecto a la calidad humana de la relación asistencial, y si ésta se adecuó a sus expectativas.</p>	<p>26 puérperas de Barcelona entre mayo y julio de 2006.</p>	<p>La mayoría de las mujeres acepta la tecnología como fuente de seguridad e incluso satisfacción. Esto puede ser debido a que la mujer ha sufrido una "expropiación de la maternidad", ganando valor los diagnósticos médicos frente a sus propias percepciones.</p>
	<p>Factores que influyen en la realización de una episiotomía en partos eutócicos</p>	<p>(Valencia) ESPAÑA</p>	<p>2017</p>	<p>Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo.</p>	<p>Analizar los factores que condicionan la realización de episiotomía en partos eutócicos en el Hospital Universitario de La Ribera (HULR).</p>	<p>Partos atendidos desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2015 en el Hospital de la Ribera (Valencia).</p>	<p>Encuentra una relación estadísticamente significativa en el caso de la primiparidad, el uso de analgesia epidural, la inducción del parto y la posición habitual de litotomía. Por el contrario, no hubo relación estadísticamente significativa con el peso del RN, la edad de la madre o la categoría profesional de quien asiste el parto.</p>

Meyvis, et al.	Maternal Position and Other Variables Effects on Perineal Outcomes in 557 Births	(Antwerp) BÉLGICA	2012	Estudio retrospectivo, transversal y cuantitativo.	Comparar las posiciones laterales con la posición tradicional de litotomía en relación al daño perineal.	557 partos entre noviembre 2008 y noviembre 2009.	La posición lateral disminuye la necesidad de analgesia y la realización de episiotomía frente a la posición de litotomía. La posición lateral se relaciona con mayores desgarros de grado I y II.
	Contribuição da enfermeira obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento	BRASIL	2018	Estudio cuantitativo.	Identificar las buenas prácticas desarrolladas por la enfermera obstétrica y analizar la asistencia prestada en la práctica obstétrica en el momento del parto.	367 partos de enero a julio de 2015.	Las buenas prácticas favorecen la recuperación de las puerperas al no realizar episiotomías o adoptar posiciones verticales, favoreciendo la fisiología natural del cuerpo femenino.
	Manejo del dolor del trabajo de parto con métodos alternativos y complementarios al uso de fármacos	(Madrid) ESPAÑA	2006	Revisión bibliográfica.	Describir la evidencia científica disponible sobre la efectividad de las terapias alternativas y complementarias en el manejo del dolor durante el parto.	Revisión bibliográfica en PubMed, EMBASE, Cochrane, Pascal Biomed y Cinahl hasta 2005.	El apoyo continuo durante el parto, las inyecciones de agua estéril y la inmersión en agua han demostrado su eficacia para el alivio del dolor. La matrona debe conocer estos recursos para ofrecer unos cuidados individualizados.

Dahlberg, et al.	How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers	NORUEGA	2015	Estudio cualitativo	Obtener una visión profunda sobre la experiencia de madres primerizas en función de cómo la matrona promueve el parto normal y una buena experiencia de parto	12 madres primerizas	La matrona desempeña un papel fundamental en la promoción del parto natural y en la experiencia positiva del proceso gracias a que consideran a las mujeres personas individuales, establecen una relación de confianza y ofrecen un acompañamiento continuo.
	Humanización del cuidado de enfermería durante el parto	COLOMBIA	2008	Estudio descriptivo.	Elaborar un modelo de atención de enfermería, con énfasis en el aspecto humanístico del cuidado a la mujer durante el trabajo de parto y parto, basado en fundamentos teóricos, resultados de un proceso de investigación y experiencias del investigador en esta área.	80 puérperas entre marzo y junio del 2005.	Del total de la muestra analizada, el 41% reconocieron a la enfermera, el 38% no la reconocieron y el 11%, a pesar de haberla identificado no tuvieron ningún contacto con ella. De las 33 mujeres que identificaron a la enfermera, solo 24 recibieron algún tipo de cuidado.